

\_\_\_\_\_  
dnia,\_\_\_\_\_  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
praktyki lekarskiej**ZAŚWIADCZENIE <sup>1)</sup>****wystawione przez**

lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. lekarza będącego świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej), posiadającego dowolną specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii

**potwierdzające**

1. urodzenie się żywego dziecka
2. ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu

Dane dot. dziecka:

1. Imię i Nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Numer PESEL (jeśli został nadany) .....
4. Adres zamieszkania .....

---

**(pieczęćka i podpis lekarza posiadającego dowolną specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii)**

<sup>1)</sup> Niniejsze zaświadczenie wydawane jest na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016, poz. 1860) i zgodnie z art. 10 ust. 1 ww. ustawy, stanowi podstawę uzyskania jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu